

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR
Antonin PERRIER

Né à Thiers, le 10 Janvier 1889

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

42

MENINGITE TUBERCULEUSE
chez l'enfant

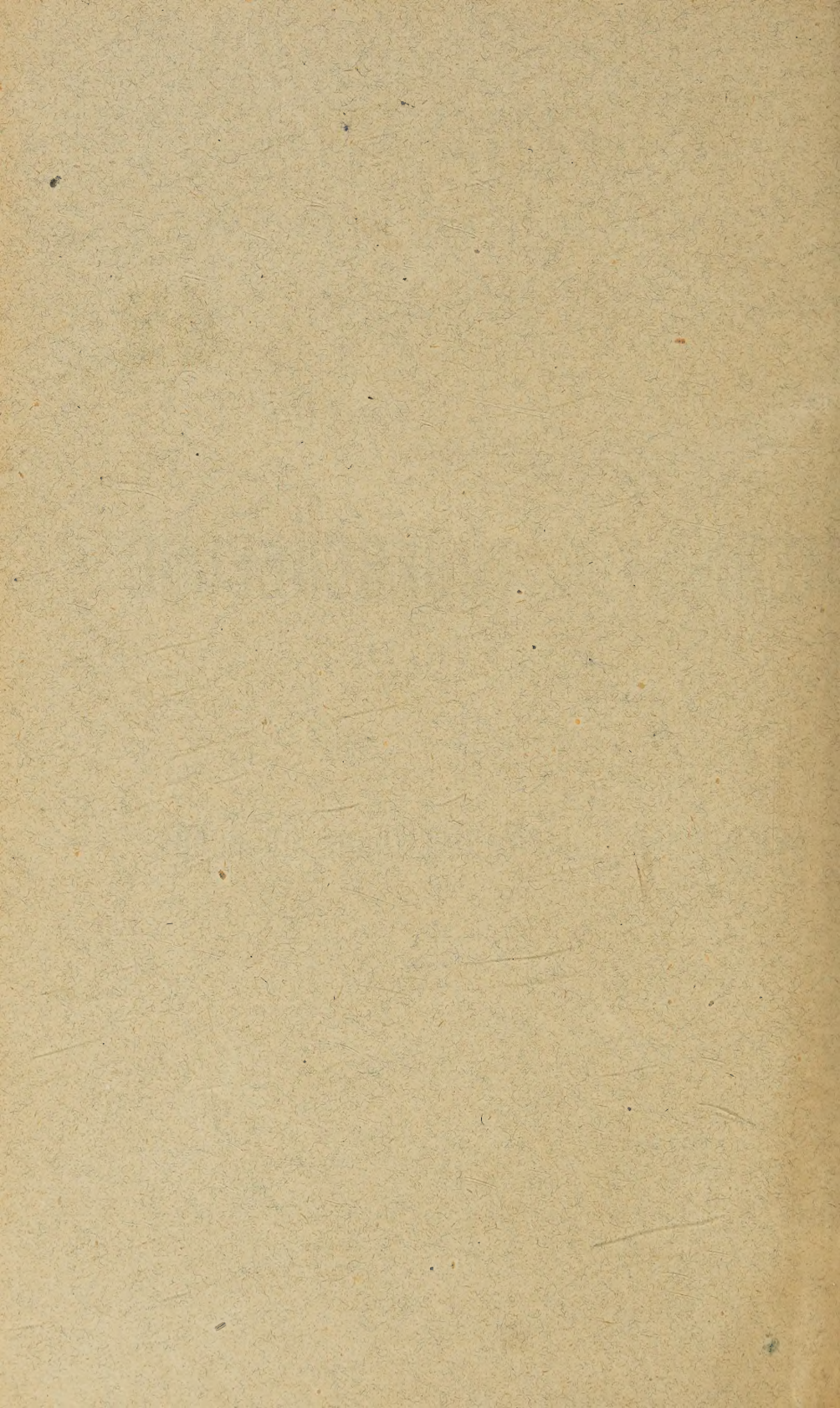
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Symptômes Gastro-Intestinaux du début

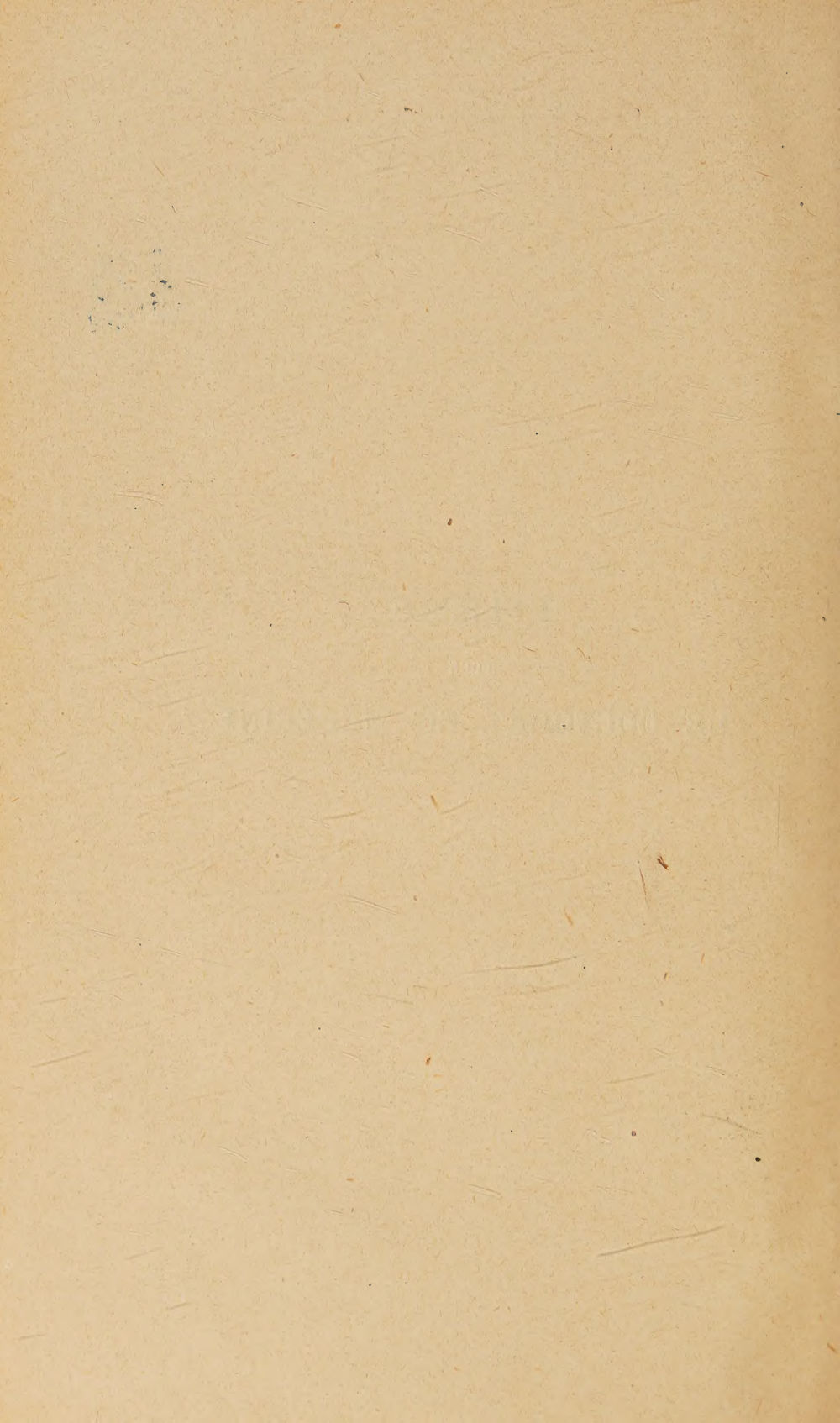
Président : M. le Professeur V. HUTINEL

THIERS
IMPRIMERIE FAVVÉ, 11, AVENUE PIERRE-GUÉRIN

1911



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Antonin PERRIER

Né à Thiers, le 10 Janvier 1889

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

42

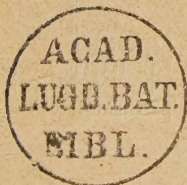
MENINGITE TUBERCULEUSE

chez l'enfant

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Symptômes Gastro-Intestinaux du début

Président : M. le Professeur V. HUTINEL



THIERS

IMPRIMERIE FAVYÉ, 11, AVENUE PIERRE-GUÉRIN

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. LANDOUZY
	Professeurs.	MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		WEISS
Chimie organique et chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		P. TEISSIER
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		MARFAN
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		LETULLE
		ROGER
Clinique médicale.		CHAUFFARD
		DEBOVE
		GILBERT
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux.		PIERRE DELBET
		QUENU
Clinique chirurgicale.		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements.		PINARD
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNE
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMAND	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	REITTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLEIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
GLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT	TIFFENEAU
GOUVELAIRE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Témoignage de vive affection
et de profonde reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR V. HUTINEL

Professeur de Clinique Médicale Infantile à la Faculté
de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Respectueux d'une tradition qui nous est chère, nous sommes heureux d'adresser aujourd'hui à tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à notre formation médicale, l'hommage de notre profonde gratitude.

Nos remerciements iront tout d'abord à nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand ; à MM. les Professeurs Bousquet et Maurin, et à M. le Docteur Gautrez, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne ; à MM. les Professeurs Billard et Buy, pour leurs belles leçons à l'Amphithéâtre et leur enseignement au lit du malade ; à M. le Professeur Argaud, auprès de qui nous avons toujours trouvé l'accueil le plus bienveillant ; enfin à MM. les Professeurs Lepetit et Dionis du Séjour, à MM. les Docteurs Bellet, Robert et Jarron, chefs de clinique, qui chaque jour, nous prodiguèrent leurs conseils éclairés.

A Paris, nous avons été successivement stagiaire

dans le service de M. le Professeur Gaucher (Hôpital St-Louis) et dans celui de M. le Professeur Pinard (Clinique d'Accouchement Beaudelocque) ; nous restons leur élève reconnaissant et nous conserverons avec soin leurs leçons cliniques, qui nous seront du plus grand intérêt dans la pratique journalière.

Pendant notre cinquième année d'étude, nous avons suivi surtout le service de Clinique Médicale Infantile de la Faculté. Nous y avons toujours trouvé le meilleur accueil, grâce à la bienveillante recommandation de M. le Docteur Léon Tixier, Chef de laboratoire. C'est encore à lui que nous devons le sujet de notre thèse, et au cours de notre travail, il ne nous a jamais ménagé ni son temps ni ses bons conseils ; nous sommes heureux de lui exprimer aujourd'hui notre bien vive reconnaissance.

Nous tenons aussi à remercier d'une façon particulière M. le Professeur agrégé Nobécourt, M. le Docteur Babonneix, ancien chef de clinique, et M. le Docteur J. Lemaire, chef de clinique, dont nous avons souvent eu l'occasion de mettre l'obligeance à contribution.

Enfin, que M. le Professeur Hutinel, dont nous avons suivi avec tant de fruit les leçons cliniques pleines d'intérêt et qui veut bien nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, reçoive l'expression de notre sincère et respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

« Il n'y a point de maladie plus difficile à reconnoître dans ses commencements », disait Odier de Genève, en novembre 1779, dans son Mémoire à la Société royale de médecine sur l'hydrocéphale interne. Depuis, de nombreuses observations de méningite tuberculeuse ont été publiées ; les cliniciens ont pu tout à loisir étudier cette « maladie impitoyable », trop fréquente hélas ! tant dans les services hospitaliers que dans la clientèle de ville, et en ont donné les meilleures descriptions. Cependant, aujourd'hui encore, le diagnostic, au début du moins, comporte souvent de grandes difficultés, et M. le Professeur Hutinel insistait sur ce point dans une de ses récentes leçons cliniques. (1). C'est que, de tous les symptômes que les auteurs ont assignés à cette période, il n'en est aucun qui ait un

(1) Publiée dans la Clinique. 1911, n° 16, 21 avril.

caractère pathognomonique. Il y a bien trois phénomènes, qui, lorsqu'ils sont réunis et qu'ils acquièrent une grande intensité, seraient, pour certains, spéciaux à la méningite tuberculeuse et ne se retrouveraient nulle part ailleurs : la céphalée, les vomissements et la constipation. Mais il suffit de suivre pendant quelque temps un service d'enfants pour voir combien cette triade symptomatique est inconstante, et dans nombre de cas comme aime à le répéter M. le Professeur Hutinel au lit des malades, « le trépied méningitique est singulièrement boiteux ».

Laissant de côté la céphalée, nous étudierons d'une façon particulière les modifications qui surviennent dans le fonctionnement de l'appareil gastro-intestinal au début de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. Nous limiterons même notre exposé à la forme commune, celle qui survient chez des sujets n'ayant aucun signe de tuberculose grave. C'est dire que nous ne nous occuperons pas de l'infection des méninges au cours de la granulie ou secondaire à la phtisie pulmonaire.

Loin de nous la pensée de faire un travail complet. Aurions-nous du reste de telles prétentions qu'il nous manquerait le temps matériel nécessaire pour les réaliser. Notre seul but est de présenter et de commenter quelques observations que nous avons pu recueillir tant à la Clinique Infantile de la Faculté que dans la littérature médicale.

Après avoir retracé rapidement l'histoire de la mé-

ningite tuberculeuse en général, et des symptômes gastro-intestinaux du début en particulier, nous étudierons comment ces symptômes se présentent dans la majorité des cas ; nous exposerons ensuite les particularités que nous avons observées, en insistant surtout sur les modifications que peuvent apporter à la description générale les affections antérieures de l'appareil digestif. Nous basant sur de récents travaux de physiologie, nous essayerons d'esquisser la pathogénie de ces troubles, et nous terminerons en cherchant s'il n'est pas possible, malgré la variabilité des signes cliniques de poser un diagnostic ferme de méningite tuberculeuse au début.

HISTORIQUE

Aujourd'hui, quand on envisage la fréquence de la méningite tuberculeuse chez l'enfant, on est surpris de voir qu'elle a été décrite pour la première fois, il y a un siècle et demi à peine. Sans doute, on trouve bien quelques observations plus anciennes se rattachant plus ou moins à cette question ; mais à une époque où la clinique infantile pouvait presque se résumer en trois mots : convulsions, dents et vers, on doit s'attendre à ne trouver que des observations incomplètes.

C'est à Fr. Boissier de Sauvages que revient l'honneur d'avoir fait de la méningite tuberculeuse une entité morbide. Sous le nom d' « *eclampsia ab hydrocephalo* », il en fit un chapitre spécial de sa *Nosologie Méthodique* qui parut en 1763. Il nous apprend que cette affection appelée vulgairement « eaux dans le cer-

veau » était très commune et faisait mourir une grande partie des enfants; aussi est-il d'autant plus surprenant qu'elle n'ait pas été isolée avant lui. Après avoir indiqué que cette hydrocéphalie sur venait chez les enfants de 3 à 5 ans, surtout chez ceux atteints de scrofule ou de carreau, il en indique les principaux caractères, mais il ne parle pas des troubles de l'appareil digestif. Il rapporte cependant l'observation d'un enfant de 6 ans qui fut purgé à diverses reprises, mais il ne fait pas de la constipation un symptôme de la maladie.

Ce n'est que cinq ans plus tard (1768) que Robert Whytt publia ses *Observations on the Dropsy of the Brain*. Se basant sur les caractères du poulx, il établit la division en trois périodes qui est restée classique. Il donne une description magistrale de l'affection, et en particulier des symptômes gastro-intestinaux. « Les enfants, dit-il, perdent d'abord leur appétit... Ils sont attérés et vomissent souvent une fois ou deux par jour, ou une fois en deux jours. Ils sont communément constipés, quoiqu'ils aient parfois du dévoiement ; leurs intestins sont difficiles à exciter par les purgatifs, et quelquefois le siège de tranchées assez vives... Je dois observer que je n'ai vu que deux malades qui n'aient point eu de vomissement dans la première, ni dans la seconde période... En général, les vomissemens, le mal de tête, l'aversion pour la lumière sont les symptômes caractéristiques de la première période ». (1).

Après ce travail qui a été qualifié de « véritable

(1) Trad. in Bricheteau. Traité de l'hydrocéphale, 1829.

chef d'œuvre descriptif », les mémoires sur l'hydrocéphalie se sont multipliés. Le premier en date en France, est celui d'Odier de Genève, que nous avons déjà cité et qui n'ajoute presque rien à la description du clinicien anglais. Mais pour R. Whytt et ses successeurs immédiats, l'hydropisie ventriculaire, qu'ils interprétaient du reste de façons différentes, constituait toute la maladie.

Bientôt on commença à parler du rôle de l'inflammation. Déjà Quin, en 1780, soutint que l'affection était due « à une accumulation morbide de sang dans les vaisseaux du cerveau, qui quelquefois s'élève jusqu'à un certain degré d'inflammation ; ce qui produit souvent, mais non pas toujours, un épanchement d'eau avant la mort » Cette opinion fut généralement admise dans la suite, mais les auteurs ne s'entendirent pas sur la nature et le siège de cette phlegmasie.

En 1818, Brachet fit paraître une intéressante monographie sur *l'hydrocéphalite ou hydropisie aiguë des ventricules du cerveau*. Parmi les causes prédisposantes de cette affection, il signale les troubles gastro-intestinaux. « C'est avec les organes digestifs que le cerveau entretient plus particulièrement un commerce de sympathies actives et passives. Un coup à la tête, une inflammation cérébrale dérangent les fonctions gastriques ; et réciproquement une surcharge de l'estomac, une altération quelconque des organes digestifs produit sur le cerveau des effets trop connus pour devoir être signalés ». Il insiste aussi sur les altérations de

toutes les sécrétions, qui sont diminuées ou même supprimées, ce qui entraîne, en particulier, la sécheresse de la langue et la constipation. Il admet comme cause de la maladie une inflammation ayant son siège dans les lymphatiques du cerveau et de ses enveloppes, mais pense qu'on a fait jouer un trop grand rôle aux scrofules dans la genèse de l'affection. « Je ne puis me dispenser de taxer d'exagération l'opinion de Percival sur l'identité des scrofules et de l'hydrocéphalite. Combien de familles scrofuleuses sans hydrocéphalite, et combien d'hydrocéphalites indépendantes des scrofules ».

Avant Brachet, Herpin dans sa thèse sur le « *Menigitis* ou inflammation des membranes de l'encéphale », d'origine traumatique, range parmi les symptômes « l'embarras gastrique, qui accompagne si souvent les affections morbides de l'encéphale, que Stoll l'a pris pour la cause de ces affections et que Desault, guidé par l'indication, bornait presque tout le traitement des plaies de la tête à l'émétique qu'il donnait en lavages » (1).

Senn, en 1825, remplace l'hydrocéphalie par la *ménigite aiguë des enfants*, et s'élève contre l'opinion de « ceux qui regardent la gastro-entérite comme la cause première de l'inflammation des méninges ou du moins comme la précédant sans cesse ». Pour lui, au moment où se déclarent les premiers symptômes de la

(1) Th. Paris, an XII. Il est à noter que Herpin est le premier qui ait prononcé le mot de méningite.

méningite, les enfants peuvent se trouver dans des circonstances très différentes, mais qu'on peut rapporter à trois états particuliers.

Dans une première catégorie, il place ceux qui depuis longtemps sont affectés de pneumonie chronique ou d'entérite ; il ne pense pas que ces deux affections puissent être regardées comme la cause de l'inflammation des membranes encéphaliques, « car, dit-il, d'un côté, nous voyons beaucoup d'individus, dans les mêmes circonstances, succomber sans la présenter, et d'autres fois celle-ci survenir sans avoir été précédée d'aucune affection de ces organes ».

Dans une deuxième catégorie, il range les enfants qui, à la suite d'un écart ou de toute autre cause, présentent tous les symptômes de l'embarras gastrique. Bientôt, au cours de la maladie, la méningite se déclare et attire toute l'attention. « Nul doute, dans ce cas-là, que la gastro-entérite ne puisse être regardée comme la cause déterminante de l'inflammation des membranes encéphaliques ».

Enfin, il peut arriver aussi que des enfants bien portants, forts et vigoureux, offrent subitement des symptômes du début de la méningite, et en particulier des vomissements bilieux. Certains pensent encore que l'estomac est le siège de l'affection principale. Senn ne partage pas leur opinion. Pour lui « ces vomissements bilieux, que l'on devrait [appeler sympathiques, ne sont qu'une suite de la méningite ; c'est elle qui les provoque ».

Le même auteur parlant de la constipation au début la considère comme le signe le plus constant de la méningite, après la céphalée et les vomissements. Il est surpris de voir que certains médecins ont observé des selles abondantes et verdâtres et croit qu'il faut attribuer cette différence au traitement mis en usage, car il « a constamment rencontré la constipation chez les malades reçus à l'Hôpital des Enfants, malades qui n'étaient ni émétisés, ni purgés, du moins dans la première période ». Mais il ajoute en note : « il est tout simple qu'une colite donnerait lieu de même à la diarrhée ». (1).

Vers 1827, Guersant, qui avait souvent l'occasion d'examiner l'encéphale des enfants morts de méningite, signale le premier la présence de granulations sur la pie-mère et donne à l'affection le nom de méningite granuleuse ; quant à la nature de ces petits corpuscules, il reste indécis. Un de ses élèves, Demontgeot de Confrevon, montre dans sa thèse (1827) que ces lésions sont dues à la tuberculose, et bientôt Papavoinc, autre élève de Guersant, crée le terme de *méningite tuberculeuse*.

Un peu plus tard, Rilliet et Barthez font une description magistrale de la méningite tuberculeuse, qu'ils séparent nettement des méningites aiguës, jusque-là plus ou moins confondues avec elle. Les travaux de

(1) L. Senn. *Recherches anatomico-pathologiques sur la méningite aiguë des Enfants*, Paris, 1825.

Legendrè (1846), Pivent et Béchet (1852) confirment l'opinion de Rilliet et Barthez.

La nature tuberculeuse de la méningite, qui était presque universellement reconnue à cette époque, fut un moment combattue par Empis, dans son traité de la Granulie (1861). Pour lui, les grannulations ne sont que du tissu fibro-plastique. Mais des recherches anatomo-pathologiques de Grancher, et surtout la découverte du bacille de Koch remirent en honneur la conception de Demontgeot de Confrevon.

Depuis Trousseau et Cadet de Gassicourt, la méningite tuberculeuse a encore fait le sujet de descriptions de tous les auteurs classiques contemporains, qui ont pu, grâce à la ponction lombaire et à l'étude du liquide céphalo-rachidien, apporter de nouveaux éléments souvent très utiles, et quelquefois même indispensables, pour établir un diagnostic précis.

Symptômes gastro-intestinaux

habituels au début de la méningite tuberculeuse
chez l'enfant

Les observations que nous rapportons plus loin concernent presque toutes des cas de méningite tuberculeuse chez l'enfant, dans lesquels les symptômes gastro-intestinaux du début ont revêtu une allure particulière, qui, au premier abord, pouvait en imposer pour une simple affection du tube digestif. Mais avant de nous occuper de ces formes moins fréquentes, nous croyons utile de rappeler comment se présentent ces symptômes dans la majorité des cas.

La méningite tuberculeuse est précédée d'une période prodromique, traduisant une tuberculose localisée et torpide, et caractérisée surtout par un amaigrissement que rien n'explique. On peut déjà observer des troubles digestifs, anorexie, digestions moins régulières, indigestions avec vomissements, sans cause, etc ; mais ces troubles n'ont rien de particulier à la maladie.

L'invasion des méninges par le processus tuberculeux se traduit par un certain nombre de symptômes, dont l'ensemble constitue la période dite d'excitation et parmi lesquels on note les vomissements et la constipation.

Le *vomissement* est un symptôme capital, puisqu'on a pu dire qu'il n'est pas de maladie où il ait tant d'importance (Archambault). Rilliet et Barthez l'ont rencontré 14 fois sur 15 ; Cadet de Gassicourt se basant sur 60 observations, nous donne la même proportion, mais Herter le rencontre un peu moins souvent, 19 fois sur 24 seulement. C'est, de plus, un symptôme du début ; il apparaît généralement le premier jour, quelquefois le deuxième ou le troisième.

Ces vomissements sont d'abord alimentaires, puis qu'ils deviennent plus rares quand l'estomac est vide et qu'ils reparaissent après l'ingestion d'aliments ou de boissons. Alors la moindre cause les produit ; le seul fait de s'asseoir dans son lit amène chez le petit malade le rejet de ce qu'il vient de prendre. Cependant à mesure que la maladie évolue, ces vomissements se reproduisent en dehors de toute alimentation et deviennent muqueux ou bilieux.

Leur fréquence n'a rien de particulier et varie avec chaque malade, mais ce qui est surtout à remarquer, c'est la facilité avec laquelle ces enfants vomissent. L'expulsion du contenu stomacal n'est précédée d'aucune nausée, ni accompagnée d'aucun effort ; il semble que le patient rejette un liquide dont il avait la bouche

pleine : on dirait plutôt une régurgitation qu'un vomissement, ce qui permet de le distinguer du vomissement de l'indigestion qui est souvent très pénible.

À côté de ce caractère, les anciens cliniciens, qui donnaient toujours de l'émétique dans les cas de troubles gastro-intestinaux de cet ordre, avaient remarqué que souvent il fallait de fortes doses pour obtenir l'effet désiré, et plusieurs donnaient ce signe comme spécial à la méningite tuberculeuse.

Au bout de quelques jours, ces vomissements disparaissent ; parfois ils se montrent à nouveau à la période terminale : mais en général, on peut les considérer comme particuliers à la période d'invasion de la maladie.

La *constipation*, sans être un symptôme aussi constant que les vomissements, est cependant habituelle. Pour Rilliet et Barthez, elle existerait dans les trois quarts des cas ; dans 60 observations, Cadet de Gassicourt la note 44 fois et Herter ne l'a rencontré que 11 fois sur 24. Archambault déclare « qu'on peut estimer qu'elle ne manque guère plus d'une fois sur quatre ». Chez le nourrisson, la proportion n'est peut-être pas la même, car elle est, plus souvent que chez l'enfant plus grand, remplacée par de la diarrhée.

Mais ce symptôme a peu de caractères spéciaux au début de la méningite tuberculeuse. Sans doute la constipation est absolue, opiniâtre, et ne cède que difficilement aux purgatifs les plus énergiques, mais il faut

souvent tenir compte de la difficulté avec laquelle l'estomac conserve et les aliments et les purgatifs.

En même temps, on observe une modification dans la forme du ventre qui s'affaisse et forme une dépression surtout marquée à la région périombilicale ; c'est le *ventre en bateau* qui est assez fréquent puisque Herter l'a rencontré 15 fois sur 24. Cette rétraction est quelquefois marquée au point qu'on peut voir les battements de l'aorte à travers la paroi abdominale.

Malgré ces troubles, les petits malades ne repoussent pas la nourriture qu'on leur offre, bien que souvent l'ingestion des aliments provoque de nouveaux vomissements. Cependant ils n'ont plus d'appétit et ne réclament rien en général. Non seulement ils ont de l'anorexie, mais encore leur soif est plutôt modérée, ce qu'on peut expliquer peut-être par la fièvre peu élevée qu'ils présentent. La langue est légèrement saburrale, toujours humide, comme dans la plupart des infections dues au bacille de Koch, et sans caractère qui ait une valeur séméiologique bien significative.

Quelques cas de
méningite tuberculeuse
chez l'enfant
dont les symptômes gastro-intestinaux du début
ont revêtu une forme anormale

Les symptômes gastro-intestinaux que nous avons décrits au chapitre précédent, bien qu'habituels, n'ont rien d'obligé, ni de pathognomonique au début de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. Nous avons, du reste, déjà signalé les statistiques de quelques auteurs sur la fréquence des vomissements et de la constipation, et nous avons vu que les cas n'étaient pas rares dans lesquels manquait l'un de ces phénomènes. Aussi ne rapporterons-nous aucune observation de cet ordre.

Mais il est des formes de méningite tuberculeuse chez l'enfant dans lesquelles on n'observe aucun trouble du côté de l'appareil digestif. Il en est ainsi dans la *forme foudroyante*, dans laquelle le malade succom-

be parfois en quelques heures, dans la *forme latente*, dans les cas où l'infection bacillaire des méninges est une découverte d'autopsie chez un enfant mort d'affection intercurrente.

D'autre fois, la méningite tuberculeuse se dessine avec sa marche progressive habituelle et on n'observe pas de troubles gastro-intestinaux. On pourra en voir survenir au cours de la maladie, mais alors, le plus souvent, le diagnostic aura été fait et ces nouveaux symptômes ne feront que le confirmer. Dans d'autres cas, les digestions resteront bonnes et les selles normales jusqu'à la fin ou du moins jusqu'à la période paralytique.

Comme intéressante à ce point de vue, nous rapportons l'histoire d'un petit malade que nous avons observé dans le service de M. le Professeur Hutinel.

OBSERVATION I

Méningite tuberculeuse chez un enfant de 5 ans ayant évolué sans aucun symptôme du côté du tube digestif

J... Marcel, 5 ans, est amené le 14 novembre 1910, salle Bouchut pour céphalée à siège pariéto-occipital ayant débuté il y a cinq jours.

C'est le dernier de trois enfants issus de parents bien portants. Sa sœur âgée de 8 ans $1/2$ et son frère, 6 ans $1/2$, ont toujours été en bonne santé.

Il est né à terme après grossesse et accouchement normaux et pesait 4 k. 500 à la naissance. Envoyé à la campagne, il y a été nourri au biberon avec du lait de vache non bouilli et y est resté jusqu'à 4 ans.

Il s'est toujours bien développé, a fait sa première dent à 8 mois, ses premiers pas à un an et n'a jamais présenté de troubles gastro-intestinaux. Comme maladie antérieure, on ne trouve qu'une rougeole bénigne en 1909.

La *maladie actuelle* a débuté le 9 novembre. Sans cause apparente, le petit malade se plaint d'une violente céphalée nettement localisée à la région pariétale droite, avec irradiations vers la région occipitale. Ces douleurs sont intermittentes, plus accusées le soir que le matin au réveil, et s'accompagnant le soir d'hyperthermie.

Depuis ce début brusque, le sommeil est agité, le rêve à haute voix habituel. Malgré cet état, *l'appétit est conservé, les digestions normales ; les selles quotidiennes ne sont pas modifiées*. Pas de courbature, ni de vomissements, ni d'épistaxis, ni de douleurs abdominales.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on note à l'examen : du côté des poumons, une respiration inégale, soufflante à gauche, rude dans la fosse sus-épineuse droite, et quelques râles de bronchite ; du côté du système nerveux, des reflexes un peu forts et une légère raideur de la nuque ; du côté de l'abdomen, un foie douloureux. La rate est normale. La température monte à 38° et le pouls à 128.

Deux jours après, 16 novembre, l'enfant est plus abattu et ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Le ventre est un peu rétracté, mais les selles sont toujours normales. Pas de vomissements, mais la raideur de la nuque est très marquée, les signes de Kernig, de Babinski sont positifs et on note l'existence de la **raie méningitique**.

On pratique la ponction lombaire qui laisse écouler un liqui-

de clair sous haute pression. L'examen y montre une quantité considérable d'albumine et une lymphocytose très nette. La recherche du bacille de Koch reste négative.

Les jours suivants, les symptômes de la méningite s'accroissent, la température oscille aux environs de 38°, mais *les fonctions digestives sont toujours normales.*

Le 22 novembre l'enfant présente une éruption morbillieuse et passe au Pavillon d'Isolement.

Il est à remarquer qu'au début il y avait très peu de phénomènes méningés et il était presque impossible de faire un diagnostic précis sans le secours de la ponction lombaire.

Nous avons trouvé dans la thèse de Lafarcinade (1) une observation du même ordre. Bien que très résumée, elle est intéressante parce qu'il s'agit d'un nourrisson élevé au biberon qui a déjà eu de la diarrhée, et qui est, par suite, plutôt prédisposé aux troubles gastro-intestinaux.

OBSERVATION II

(Lafarcinade)

Leb... Julienne, 1 an.

Parents bien portants. Un frère bien portant.

Née à terme. Elevée au biberon.

Maladie antérieure : diarrhée.

Depuis 20 jours, toussé beaucoup et refuse de boire. Entrée le 6 février 1906. Présente des périodes de raideur généralisée alternant avec des périodes d'agitation, nystagmus horizontal,

(1) Lafarcinade. Etude sur la méningite tuberculeuse du nourrisson. Th. Paris, 1906. Obs. XVI.

pas d'inégalité pupillaire, pas de strabisme. Abdomen normal, *ni comissement, ni constipation*. Fontanelle légèrement bombée.
T. 37° 6. — Pouls 150, inégal. Poids 4 k. 600.

Ponction lombaire le 7 février:

Liquide clair, sous pression.

Albumine en excès.

Lymphocytose marquée.

Inoculation au cobaye positive.

8 février. Température le soir, 39° 6.

Succombe le 9 février.

Sans insister davantage sur les cas de méningite tuberculeuse ayant évolué avec fonctionnement normal du tube digestif, nous allons passer en revue quelques observations dans lesquelles les troubles gastro-intestinaux du début sont au premier plan et ne laissent pas supposer tout d'abord qu'on se trouve en présence d'une affection des méninges.

Nous rapporterons successivement l'histoire de méningites tuberculeuses, qui, au début, en ont imposé pour une affection aiguë du tube digestif, et qui étaient étiquetées, faute de mieux, indigestion ou embarras gastrique. D'autres fois le diagnostic semblait plus facile et on croyait être en présence soit d'une dothiérien-térie, soit d'une colite aiguë, d'autant plus que dans ce dernier cas, les petits malades avaient parfois présenté des crises analogues. Enfin, dans nos dernières observations, le symptôme vomissement domine la scène, et comme souvent il s'y joint de l'acétonurie, on est tout naturellement porté à diagnostiquer le syndrome « vomissements avec acétonémie ».

§ 1. Méningite tuberculeuse ayant débuté par des symptômes gastro-intestinaux étiquetés indigestion ou embarras gastrique.

Tantôt après les prodromes que nous avons signalés plus haut, tantôt au milieu d'une bonne santé apparente, l'enfant est pris de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, accompagnés soit de constipation, soit de diarrhée. En même temps, on note un peu de céphalée. Le bon état général, l'absence de fièvre, font penser à une indigestion. Cependant si on recherche la cause de ces troubles, on n'en trouve généralement pas.

Quoi qu'il en soit, on ordonne un purgatif et la diète hydrique ou lactée, ce qui amène parfois une amélioration passagère. Mais peu à peu les troubles gastro-intestinaux s'accusent ou reparaissent ; la céphalée devient plus violente, et si on prend la température, le thermomètre marque le soir 38°-38° 5. Enfin on voit survenir des phénomènes méningés, raideurs, inégalités du pouls, signe de Kernig, etc., qui font penser à la méningite tuberculeuse ; et le diagnostic sera bientôt confirmé soit par l'examen du liquide céphalo-rachidien, soit par l'évolution ultérieure de la maladie.

Voici deux observations de méningite tuberculeuse, ayant débuté par des phénomènes gastro-intestinaux de cet ordre.

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur Hutinel)

B... Lucie, 9 ans, est amenée salle Parrot, le 6 avril 1909.

Ses parents sont bien portants et ont trois autres enfants également en bonne santé.

La petite malade est née à terme et a été nourrie au sein. Elle s'est toujours bien développée et n'a jamais été malade, à part une rougeole bénigne à 6 ans.

Maladie actuelle. L'enfant se plaignait un peu de la tête, quand, il y a 7 jours, elle s'est mise à vomir; en même temps apparaît une diarrhée assez intense. La mère pensant à de l'embarras gastrique lui donne de l'huile de ricin. Un médecin consulté le surlendemain ordonne du calomel. Depuis deux jours, les vomissements ont cessé et la diarrhée, qui avait persisté 3 jours, a fait place à de la constipation, mais depuis trois jours, l'enfant a de la fièvre et la céphalée devient plus violente, aussi l'envoie-t-on à l'hôpital.

A son entrée on constate une méningite en pleine évolution (Chien de fusil — Raideurs — Kernig — Inégalité pupillaire — Pouls 96, inégal — Respiration un peu inégale — Hyperesthésie généralisée, temp. 39°, 5).

Le diagnostic de méningite tuberculeuse est confirmé par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien; mais 1^{re} recherche du bacille de Koch reste négative.

L'enfant succombe le 13 avril en hypothermie. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION IV

(in Claus — Th. Nancy 1900-1901).

R. G..., enfant naturel, 25 mois, sans antécédents héréditaires.

res et personnels, bien constitué, entre à l'hôpital le 23 juin 1896.

Depuis 15 jours à un mois, dit la mère, l'enfant gai jusqu'alors est devenu grognon et maussade, gémit, ne mange plus, lui qu'on prenait plaisir auparavant à voir dévorer le pain, la viande, et boire du vin. Il y a 4 jours sont survenus des vomissements.

Aujourd'hui l'enfant est plus abattu ; il a de la fièvre, tousse un peu ; la température est à 38° le soir, le pouls à 120. Les selles sont bonnes et cet état se maintient encore pendant cinq jours après son entrée.

L'absence de tout signe pulmonaire, la disparition des vomissements, la chute de la température à 36°, 9 font espérer la guérison prochaine d'une *grippe à forme gastro-intestinale*, mais brusquement le 29 au soir apparaissent des convulsions suivies de coma. Les yeux sont grands ouverts, fixes ; le malade est inerte avec contracture de la nuque ; le pouls est à 162.

Le 1^{er} juillet l'enfant meurt et l'autopsie montre, avec d'autres lésions viscérales de même nature, une méningite tuberculeuse typique.

§ II. Méningite tuberculeuse à début typhoïde

Ici les symptômes gastro-intestinaux sont plus graves, l'état général est plus atteint que dans les formes précédentes. L'enfant présente de la torpeur ; la température élevée, la diarrhée, le ballonnement du ventre, etc., semblent montrer qu'on est en présence d'une fièvre typhoïde, surtout si l'on se trouve en temps d'épidémie. Puis apparaissent des phénomènes méningés qui font penser à une atteinte des enveloppes encépha-

liques par le bacille d'Eberth. Le plus souvent alors le diagnostic précis ne pourra se faire qu'avec le secours de la ponction lombaire.

Les deux observations suivantes se rapportent à des cas de méningite tuberculeuse à début typhoïde.

OBSERVATION V

(Service de M. le Prof. Hutinel)

P... Martin, 9 ans, est amené salle Bouchut le 24 mai 1909. parce qu'il a mal au ventre depuis 15 jours.

Le père, la mère et deux autres enfants sont en bonne santé.

Celui-ci, qui est l'aîné, est venu à terme après grossesse normale. L'accouchement aurait été un peu difficile. Il a été nourri au sein jusqu'à 30 mois.

Aucune maladie jusqu'à l'âge de 7 ans, époque à laquelle il eut une légère entérite qui fut soignée dans sa famille.

La maladie actuelle a débuté il y a quinze jours par des maux de tête et des douleurs de ventre, accompagnés de diarrhée assez intense. Epistaxis qui se sont répétées depuis chaque jour. Fièvre surtout le soir. Tousse un peu. — Cet état a persisté depuis, mais il y a 3 jours la diarrhée a fait place à de la constipation. Jamais de vomissements.

A son entrée à l'hôpital, on note un ventre un peu ballonné, douloureux à la pression, mais pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate est normale. L'enfant est dans un état de torpeur assez marqué, mais répond cependant aux questions. Il se plaint de céphalée surtout frontale — Constipation — Pas de vomissements — Temp. 39° — A l'auscultation quelques râles sibilants et ronflants en arrière des 2 côtés de la poitrine.

Les reflexes pupillaires sont normaux.

Un peu de Kernig.

Le lendemain l'intra-dermo-réaction à la tuberculine faite la veille, est positive.

Le signe de Kernig est plus marqué. Les réflexes sont abolis. On trouve l'intestin contracté avec des scybales, une légère inégalité pupillaire, la respiration inégale, avec de longues pauses. Le pouls est à 96, un peu irrégulier, la température à 39°.

On pratique immédiatement la ponction lombaire qui confirme le diagnostic de méningite tuberculeuse.

L'enfant succombe le 1^{er} juin. Même diagnostic à l'autopsie.

OBSERVATION VI

(in Claus. loc. cit.)

J... C... 12 ans, fille de père bien portant, mais nerveux, de mère morte d'affection cardiaque, a toujours été délicate. Depuis deux mois se plaint de céphalée. Il y a 8 jours sont apparus des vomissements et elle fut soignée en ville pour fièvre typhoïde.

Aujourd'hui encore 28 mai, l'erreur est possible; le ventre quoique souple est légèrement ballonné; la langue chargée, humide, rouge sur les bords, les lèvres fuligineuses; la température est à 39°, le pouls à 128. Le séro-diagnostic ne permet pas de se prononcer catégoriquement, mais paraît être positif.

Le 30 seulement apparaissent des signes moins douteux. L'enfant est hébété dans un demi-coma, les yeux mi-clos, la tête en extension forcée, la nuque raide.

La nuit est agitée; l'enfant gémit, se convulse en opisthotonos, la face est congestionnée, la mort survient 48 heures après.

Diagnostic de méningite tuberculeuse confirmé à l'autopsie.

§ III. Méningite tuberculeuse débutant par le syndrome entérocolite.

Chez des enfants jusque là assez bien portants, mais plutôt mal nourris on voit survenir des vomissements de la fièvre, de la diarrhée putride. Le petit malade n'a plus d'appétit ; son ventre est ballonné et douloureux à la palpation. On porte le diagnostic de colite et on ordonne la médication évacuatrice. Mais l'état, au lieu de s'améliorer, empire, et peu à peu la méningite tuberculeuse se dessine et évolue vers la terminaison fatale.

L'observation suivante se rapporte à une fillette, qui à la suite d'une colite aigue, succomba à une méningite tuberculeuse à forme somnolente.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Prof. Hutinel)

B... Alice. 18 mois. est amené salle Parrot le 17 août 1908.

C'est la 2^{me} de 3 enfants nés de parents bien portants; l'aînée est morte à 18 mois de gastro entérite ; le plus jeune âgé de 5 ans est bien portant. Celle-ci est née à terme et a été nourrie au sein jusqu'à 14 mois, mais depuis elle a mangé avec les autres (de la viande en particulier). A eu la rougeole à 15 mois, mais depuis se portait bien.

La maladie actuelle a débuté il y a 9 jours par des vomissements, accompagnés de diarrhée et de fièvre. Le ventre était ballonné. Un médecin consulté ordonne une purgation. Depuis la petite malade n'a plus vomi, mais est constipée. On n'a jamais constaté de sang dans ses selles, mais la mère ne peut dire s'il n'y a jamais eu de glaires.

A son entrée, on trouve un ventre légèrement ballonné. Le

colon descendant est distendu et roule sous le doigt. — Pas de fièvre. — Foie, rate et poumons normaux. — Pas de selles depuis son arrivée.

Le 19 au soir, temp. 38°.

Le 20 au matin, temp. 37°, 5. Les selles sont normales. L'enfant est somnolente, indifférente. Pouls régulier. Respiration un peu inégale. Un peu de raideur de la nuque. Raie vaso-motrice assez marquée.

Le 22 août, on note : constipation, torpeur, fixité du regard, raideur de la nuque plus marquée, hyperesthésie cutanée. Pas de Kernig. Signe de Brudzinski positif à droite. Pouls 120. Temp. le soir 38°.

La ponction lombaire donne issue à un liquide clair hypertendu, contenant beaucoup d'albumine et beaucoup de lymphocytes.

Les jours suivants, la méningite évolue, l'enfant tombe dans le coma et succombe le 27 août.

Mais, parfois dans ces cas où la maladie débute par le syndrome entérocolite, le diagnostic est encore plus difficile à poser parce que les petits malades ont déjà présenté antérieurement des troubles digestifs analogues ; ou encore après une première crise, l'enfant s'est mal remis, est resté un constipé, avec digestions mauvaises et santé un peu précaire ; le développement se fait mal, et c'est dans ces conditions qu'éclate la méningite tuberculeuse ; il n'est pas surprenant que ce tube digestif en mauvais état ne réagisse pas de la même façon que si son fonctionnement est normal au

moment où les méninges sont envahies par l'infection bacillaire.

Les observations qui suivent se rapportent toutes à des malades qui avaient déjà présenté antérieurement des troubles gastro-intestinaux.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Prof. Hutinèl)

H... Yvonne, 13 mois 1/2, est amenée salle Parrot le 8 novembre 1908.

Elle est née à terme de parents bien portants et a été nourrie au sein pendant 2 mois, puis au biberon,

A 3 mois, *éruption toxique d'origine intestinale*. A 8 mois, rougeole ; à la suite abcès multiples sur la tête. A eu de fréquentes bronchites, tousses à chaque instant. Dans le courant de l'été, *diarrhée verte*, soignée dans le service par diète, injections de sérum, etc.

Mal. act. L'enfant, depuis 8 jours, est constipée et vomit tout ce qu'elle prend. Les vomissements persistant toujours, malgré la prescription de bouillon de légumes, on la mène à l'hôpital.

A son entrée on se trouve en présence d'une enfant rachitique (tibias déformés, bosses frontales saillantes, fontanelle encore grande, dentition retardée). Teint blafard, quelques petits ganglions disséminés. Constipation opiniâtre. Temp. 38° le soir. On prescrit du bouillon de légumes, et le lendemain du beurre.

13 novembre. — La température est tombée, l'enfant semble être mieux, plus de vomissements, moins de constipation.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine a été positive.

16 nov. L'enfant est plus abattue, plutôt hostile. L'examen

montre un foie plutôt gros. de la raideur de la jambe droite, de la raideur de la nuque. Pas de Kernig. Toujours constipation.

On pratique la ponction lombaire qui donne issue à un liquide un peu trouble, en hypertension et contenant beaucoup d'albumine et de nombreux lymphocytes.

Le soir la température remonte à 38°2. Les jours suivants la température monte encore ; on note de nouveaux signes de méningite. L'enfant succombe le 24 nov. avec une température de 40°.

Dianostic d'autopsie : adénopathie trachéo-bronchique, broncho-pneumonie des deux bases, méningite tuberculeuse.

— Il est à remarquer dans cette observation que l'enfant a été suivie dans le service bien avant que se déclare la méningite. Le traitement habituel avait même amené une régression notable des troubles gastro-intestinaux. On avait simplement noté, au point de vue tuberculose, de la micropolyadénie et une intradermo-réaction à la tuberculine positive. Ce n'est que 8 jours après son entrée qu'on a constaté quelques symptômes méningés et la ponction lombaire a aussitôt confirmé le diagnostic de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION IX

(MM. Nobécourt et Rivet) (1)

Il s'agit d'une petite fille de 18 mois, née à terme et pesant alors plus de 4 kg. Elle ne présente pas d'antécédents héréditaires ; cependant son père est assez nerveux. Elle a une sœur âgée de 8 ans, actuellement bien portante.

(1) Citée par MM. Babonneix et Paiseau, in Gazette des Hôpitaux 27-29 déc. 1910.

Sa mère ayant essayé vainement de l'alimenter et l'allaitement artificiel ayant été rendu impossible par l'apparition de vomissements, on a dû prendre une nourrice qui est restée 8 mois en place. La petite malade jouit d'une bonne santé habituelle ; tout ce que les parents ont observé jusqu'à ces derniers temps, c'est un degré de constipation et une tendance marquée aux éruptions cutanées d'origine digestive.

Le 1^{er} mai 1909, toute la famille part de New-York pour la France. Quelques jours après, la petite fille devient fiévreuse, ses forces diminuent, ses selles sont glaireuses. On prescrit sans succès les médications habituelles : diète hydrique, calomel, lavages d'intestin, alimentation féculente.

Le 16 mai, la température s'abaisse, mais la prostration s'accroît.

Le 17 mai, la température s'élève à nouveau ; la petite malade est tellement prostrée qu'elle ne semble plus reconnaître son entourage ; il apparaît le même jour d'autres phénomènes d'ordre méningitique : raie vaso-motrice, raideur légère de la nuque. Par contre, il n'y a ni troubles respiratoires, ni intermittences du pouls, ni modifications pupillaires, ni signe de Kernig.

Le 18, on note un hémispasme facial droit.

Le 19, la malade est dans le coma. C'est alors qu'apparaissent des troubles choréiformes des membres du côté droit etc.

Le 20, une ponction lombaire confirme le diagnostic de méningite tuberculeuse.

L'enfant succombe le 23.

OBSERVATION X (résumée)

(Cruchet — in/Gazette des Hôpitaux — 20 déc. 1904)

Geneviève G., 10 mois.

Son père est mort récemment de tuberculose pulm., sa mère, 33 ans, est bien portante.

A été élevé au sein, mais sans réglementation, jusqu'à 6 mois. A ce moment, on lui donne déjà soupe; œufs, vin, etc. Aussi peu de jours après troubles gastro-intestinaux avec vomissements et convulsions. Guérison assez rapide en ville, puis bonne santé.

3 mois 1½ plus tard, brusquement, l'enfant est prise d'agitation insolite, refuse le sein, ne dort pas la nuit, se plaint et crie. Vomissements et diarrhée verte. Deux jours après, à ces symptômes qui ne rétrocedent pas s'ajoute une crise brusque de convulsions avec perte complète de connaissance, mouvements toniques et surtout cloniques, débutant à la face qui reste livide pour se généraliser ensuite, sans cri initial, ni mâchonnement. La crise dure 5 à 6 minutes et ne se renouvelle pas.

Le lendemain, 2 avril, la mère effrayée conduit son enfant à la consultation. Quand on l'examine, ce sont les troubles digestifs qui dominant la scène. L'enfant qui présente un certain embonpoint a les traits tirés, la figure pâle, les yeux fermés; elle paraît dormir d'un sommeil tranquille dont on ne peut la tirer qu'avec peine; le ventre se montre étalé, et flasque, les membres demeurent inertes. Les langes sont souillés de matières liquides et verdâtres, et les vomissements continuent. La tête volumineuse, le thorax étroit au sommet, évasé à sa base, avec un chapelet costal des plus nets, l'éventration de la paroi

abdominale indiquent le rachitisme. Ni raideur de la nuque, ni Kernig, ni troubles pupillaires.

Chez cette enfant mal nourrie qui avait présenté il y a 4 mois des accidents semblables d'ordre gastro-intestinal, on devait, en présence de ces mêmes symptômes, penser à une origine digestive et un traitement fut prescrit en conséquence (diète hydrique — purgatifs — acide lactique)

7 avril — Amélioration. Les vomissements ont diminué, la diarrhée moins considérable n'est plus verte. L'enfant est toujours très abattue, mais semble s'intéresser un peu à ce qui se passe autour d'elle.

9 avril — Etat stationnaire.

11 avril — La mère désolée ramène son enfant. La veille dans l'après-midi, elle a été prise de deux nouvelles crises de convulsions généralisées, à une heure d'intervalle et ayant duré chacune de 15 à 20 minutes. Depuis elle est demeurée semi-consciente, poussant des soupirs plaintifs, n'avalant plus rien.

Examen. Enfant pâle, inerte ; quelques secousses convulsives parcourent les membres. Elle pousse un cri de temps en temps. La fontanelle est modérément tendue. Photophobie ; strabisme convergent, pupilles inégales avec réaction à la lumière ralentie. Pas de mouvements convulsifs de la face ; trismus ; raideur de la nuque ; ventre non rétracté. Membres raides. reflexes rotuliens et achilléens faibles et inconstants. Kernig peu net. Pouls fréquent, petit, irrégulier. Raie méningitique,

On pose le diagnostic de méningite. Quand à sa cause, on hésite entre l'origine gastro-intestinale et la tuberculose antécédents héréditaires et cohabitation).

La ponction lombaire montre qu'on se trouve en présence d'une méningite tuberculeuse.

L'enfant succombè le 14 avril et l'autopsie confirme ce diagnostic.

OBSERVATION XI

(A. Luthier. — Th. Paris 1903)

Enfant de 16 mois, élevé au sein, puis biberon. Ayant présenté à différentes reprises des troubles digestifs peu graves.

Vers le 20 avril, l'enfant est pris brusquement de convulsions généralisées avec une température de 40°. Le Docteur Aviragnet voit l'enfant deux jours après le début des accidents. Les convulsions ont cessé, mais il y a contracturé des membres, et le bébé est dans un état semi-comateux. La température oscille autour de 40° et le pouls est très rapide (130).

Depuis une huitaine de jours l'enfant avait moins d'appétit, les selles avaient une odeur infecte.

Après avoir rejeté le diagnostic de méningite tuberculeuse en raison du début brusque des accidents, de l'absence de la période prodromique si habituelle dans la méningite tuberculeuse, de l'absence d'antécédents bacillaires, le Dr Aviragnet et le médecin traitant pensent à des phénomènes méningés d'origine intestinale.

Pendant toute une semaine, l'état est resté le même : température à 40°, pouls de plus en plus fréquent, état semi-comateux, convulsions, et quand le Dr Aviragnet revoit l'enfant après ces 8 jours, il constate une augmentation considérable du volume de la tête.

Il en fait une hydrocéphalie aiguë (distensions des fontanelles, circulation veineuse très marquée).

La ponction lombaire donne issue à un liquide clair, sous haute pression, et contenant beaucoup de lymphocytes. La recherche du bacille de Koch reste négative, mais l'inoculation au cobaye le tuberculise.

OBSERVATION XII

(Percheron. Th. Paris 1903)

Pauline B..., 3 ans, entrée le 10 juin.

Pas de tuberculose dans les antécédents.

Très fréquentes poussées de gastro-entérite.

Serait agitée, aurait perdu l'appétit et maigri depuis deux jours seulement.

Actuellement, se plaint de la tête, vomit, a de la diarrhée, air grognon, hyperesthésie légère, pas d'autres symptômes méningés.

Le 12 juillet, la diarrhée cesse, vomissements persistent, respiration irrégulière.

Ponction lombaire : liquide clair ; lymphocytose abondante.

Mort le 20 juillet.

Diagnostic d'autopsie : méningite tuberculeuse.

OBSERVATION XIII

Service de M. le Professeur Hutinel)

P... Victor, 4 ans, est amené le 20 septembre 1910, Salle Bouchut, avec le diagnostic de méningite.

A. H. Parents bien portants.

13 grossesses dont 3 fausses couches.

4 enfants morts de méningite, un autre mort du croup.

Le malade amené, qui est le neuvième, a encore une sœur bien portante, âgée de 12 ans, un frère de 6 ans atteint d'hémi-

plégie droite (suite de scarlatine), deux frères plus jeunes bien portants.

A. P. Né à terme après grossesse et accouchement normaux. Poids à la naissance, 4.500 gr.

Nourri au sein pendant trois semaines, puis au biberon. Rien de particulier jusqu'au huitième mois. A ce moment l'enfant, qui était mal réglé, présente une crise d'entérite aiguë avec diarrhée verte abondante. Pas de vomissements, mais des convulsions.

A la suite de cette crise d'entérite, l'enfant est toujours resté très constipé. De temps en temps, débâcles diarrhéiques. S'est mal développé ; première dent à 17 mois, premiers pas à 2 ans.

On note encore la coqueluche à 1 an 1/2 et une broncho-pneumonie à 2 ans

La maladie actuelle a débuté il y a environ 3 semaines ; l'enfant, plutôt triste et maussade, se trouvait fatigué et n'avait plus d'appétit. Cet état a persisté 15 jours.

Il y a 8 jours, l'enfant, qui était toujours très constipé, s'est plaint du ventre et a demandé à rester couché.

Un seul vomissement il y a 3 jours ; il aurait rendu le lait qu'il venait de prendre ; ne s'est jamais plaint de la tête.

Examen du 20 septembre. Enfant amaigri, abattu, couché en chien de fusil. Hyperesthésie cutanée — cri hydrencéphalique — raie méningitique — pas de Kernig — raideur légère de la nuque — pouls irrégulier, très inégal — troubles du rythme respiratoire — incontinence d'urine — abdomen souple — rien aux yeux — pas de température.

La ponction lombaire confirme le diagnostic de méningite tuberculeuse.

La température monte subitement le 22 septembre et l'enfant succombe avec 41° 4.

En somme, cet enfant de 4 ans semblait plutôt, au début de sa méningite tuberculeuse, être atteint d'accidents dus à sa constipation habituelle, reliquat d'une gastro-entérite survenue à 8 mois.

OBSERVATION XIV

(Service de M. le Professeur Hutinel)

M.^{lle} Madeleine, 11 ans. Entre Salle Parrot le 31 août 1908.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire et sa mère de maladie inconnue.

Un enfant mort-né. — Un autre mort de méningite. — Un 3^e de 15 ans, chétif.

Cette malade est née à terme et a été nourrie au sein ; s'est bien développée pendant la première année ; mais a toujours été sujette à de la constipation opiniâtre et à de l'entérite.

La maladie actuelle a débuté il y a 12 jours par des maux de tête et de l'abattement. Quelques jours après, vomissements et prostration. — Depuis quatre jours les vomissements ont cessé, la céphalée a diminué d'intensité. Se plaint surtout du ventre ; elle est constipée, mais comme à l'ordinaire.

Examen à l'entrée. Attitude en chien de fusil. — Léger trouble du rythme respiratoire — Ventre un peu rétracté, mais souple. — Foie un peu gros — Kernig très net — Prostration — Un peu d'inégalité pupillaire. — Pouls 120. — Temp. le 31 au soir, 39° 3

2 septembre. Strabisme. — Inégalité pupillaire plus marquée. — Kernig — Raideur de la nuque. — Raie méningitique.

Troubles du rythme respiratoire. — Temp. 38° 6. Pouls 130 avec quelques inégalités.

L'enfant succombe le 5 septembre.

La ponction lombaire et l'autopsie n'ont pas été faites.

Nous citons surtout cette observation pour montrer que, dans ce cas, le symptôme constipation n'entrait pas en ligne de compte, puisque l'enfant était constipée antérieurement et que la méningite n'avait apporté sur ce point aucune modification à l'état habituel.

Dans l'observation suivante au contraire, on a noté au début, une diminution de la constipation habituelle.

OBSERVATION XV

(Service de M. le Professeur Hutinel)

C... François, 5 ans, est amené Salle Bouchut le 1^{er} octobre 1910 pour céphalée.

Ses parents sont bien portants.

3 grossesses : 1. mort-né.

2. notre malade.

3. fausse-couche de 7 mois.

Il est né à terme et a été nourri au biberon. Toujours constipé. Première dent à un an. Premiers pas à 15 mois. Rougeole sans complications à 3 ans.

Depuis un an l'enfant qui a toujours été un constipé présente de la colite chronique : anorexie, constipation opiniâtre avec mucus, langue chargée, haleine fétide. De temps en temps, vomissements et céphalée.

Il y a 4 mois, l'enfant aurait eu des oxyures ; il ne semble plus en avoir actuellement.

Depuis quelques jours la constipation a diminué, mais la céphalée augmente. Pas de vomissements. L'enfant est triste, apathique.

Examen à l'entrée : Enfant pâle, couché en chien de fusil. Raideur légère de la nuque. Mydriase et strabisme. Pas de Kernig. Signe de Brudzinski. Pas de raie méningitique. Respiration inégale. Temp. 38° 6, pouls inégal (76).

L'enfant vomit deux fois dans la journée.

La ponction lombaire donne issue à un liquide clair, sous haute tension, riche en albumine et en lymphocytes.

Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 39°.

L'enfant succombe le 7 octobre.

Toutes ces observations montrent bien, sans que nous ayons besoin d'y insister davantage, la grande place qu'on doit faire à l'état antérieur dans l'appréciation des symptômes de la méningite tuberculeuse au début.

Et cependant on trouve des cas, comme celui de la fillette dont nous allons rapporter l'histoire, où, malgré des troubles antérieurs graves du côté du tube digestif, on ne note, au début de la méningite, que des symptômes gastro-intestinaux de peu d'importance : quelques vomissements alimentaires seulement dans le cas présent.

OBSERVATION XVI

(Service de M. le Prof. Hutinel)

C... Paulette, 2 ans, entre salle Parrot le 28 juin 1909.

Elle est fille unique. Sa mère est bien portante. Son père a eu une pleurésie purulente il y a 6 ans.

Elle est née à terme et a été nourrie au sein jusqu'à 17 mois.

Elle a souffert de troubles digestifs à 1 an ; elle est très constipée et a même eu des selles sanglantes.

Il y a 6 semaines l'enfant commence à s'agiter, remue violemment les bras et se mord les doigts. Pas de céphalée, pas de vomissements — selles normales — appétit conservé.

Le 19 juin, vomissements alimentaires qui se répètent chaque jour. Les accès de contracture reviennent surtout la nuit, mais dans la journée, l'état général reste bon et l'enfant joue. Appétit toujours conservé — pas de fièvre — jamais de constipation.

Le médecin traitant, après avoir pensé à la dentition, envoie l'enfant à l'hôpital avec présomption de méningite.

Examen du 28 juin ; simplement un peu de raideur de la nuque.

30 juin, l'état s'aggrave. Enfant hostile, couché en chien de fusil — Kernig — Strabisme — Raideurs — Pouls inégal.

L'intra-demo-réaction à la tuberculine est positive.

La ponction lombaire confirme le diagnostic de méningite tuberculeuse.

L'enfant est emporté par ses parents le 3 juillet.

§ IV. Méningite tuberculeuse débutant par le syndrome vomissements incoercibles pouvant être accompagné d'acétonurie.

Ici le vomissement se place au premier rang. D'abord alimentaire, puis bilieux, il s'accompagne le plus souvent de céphalée, et parfois de constipation, mais celle-ci semble plutôt due à ce que l'enfant ne peut rien garder. Dans l'observation suivante, à part

la céphalée qui était peut-être un peu accusée, rien n'orientait le diagnostic vers la méningite; on ne trouvait aucun autre symptôme qui puisse y faire songer : le pouls et la température en particulier étaient normaux.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le Prof. Hutinel)

L... Antoinette, 10 ans, entre salle Parrot le 24 mai 1909.

Parents et deux autres enfants bien portants.

Née à terme après grossesse normale.

Elevé au sein jusqu'à 14 mois, mais n'a marché qu'à 19 mois.

N'a jamais été malade, à part une rougeole bénigne à 3 ans et une grippe légère il y a 2 mois.

La maladie actuelle a débuté le 6 mai par une céphalée violente et des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux — pas de constipation.

La malade est suivie depuis le début. Les symptômes s'amendent les jours suivants; mais le 13., récrudescence : céphalée intense et surtout frontale — vomissements incoercibles. Ces symptômes persistent jusqu'au 20. Pas de température, pouls normal, fonctions normales; aucun autre signe de méningite.

Le 20, les vomissements cessent, mais le soir on note 39°. Céphalée persiste. Même état du 20 au 24, jour de l'entrée.

Ce soir là, on note, en plus de la céphalée, des douleurs dans les lombes et dans les jambes — ébauche de Kernig — photophobie — abattement. L'enfant est envoyée à l'hôpital.

Examen du 25 mai; Méningite tuberculeuse en pleine évolution — inégalité pupillaire — raideur de la nuque — Kernig.

— raie méningitique — ventre en bateau — respiration inégale
— pouls inégal (64) — Temps 39.

Intra-dermo-réaction à la tuberculine positive.

La ponction lombaire confirme le diagnostic

Mort le premier juin 1909.

Même diagnostic à l'autopsie.

D'autres fois, on constate en même temps de l'acétonurie, qui apparaît plus ou moins tôt et qui fait porter le diagnostic de vomissements avec acétonémie.

Nous en rapportons trois observations.

OBSERVATION XVIII

(dûe à l'obligeance de M. le Prof. agrégé Nobécourt)

R... petite-fille d'environ 4 ans.

A été nourrie par sa mère (allaitement mixte); s'est toujours bien portée jusqu'à octobre dernier (1904). A ce moment elle a été pendant plus d'un mois sans appétit. Ses selles étaient normales; elle ne présentait pas de constipation mais sa langue était saburrale, son haleine mauvaise.

Actuellement, 29 avril 1905, depuis quelques jours la fillette a perdu l'appétit et se trouve mal en train. Hier elle a vomi tout ce qu'elle a pris, même l'eau; elle a encore vomi ce matin, mais non ce soir.

Examen. On se trouve en présence d'une fillette assez grande maigre, pâle, au teint jaunâtre, mais sans ictère. La langue est saburrale, l'haleine fétide, butyrique. Les selles sont normales. Le ventre est rétracté, mais non douloureux; pas de dilatation gastrique. L'enfant est abattue. Le soir, on note 38.2.

Prescription : diète hydrique.

30 avril — La fillette n'a pas vomi, mais son haleine est toujours mauvaise, sa langue toujours chargée. L'abattement est

très prononcé, ce qui inquiète les parents. On ne trouve aucun autre symptôme méningé.

Temps 38·5 — Pouls 126.

1^{er} mai — L'état est resté le même ; l'enfant n'a plus vomi. La température est à 38·2. Mais aujourd'hui, on trouve en plus de l'acétone dans les urines.

2 mai — Temp. 38°·1 le matin, 38°·7 le soir.

La petite malade n'a vomi qu'une fois de l'eau d'orge ; elle a toléré l'eau de Vichy et presque toujours l'eau d'orge. Le ventre est toujours rétracté, mais on ne trouve aucun autre signe méningé. La respiration est régulière, le pouls à 128.

3 mai — Temp. 37·1 le matin — 38·6 le soir.

L'enfant semble mieux ; elle n'a vomi qu'une fois dans l'après-midi.

Elle a été vue ensuite par le Dr X^{...}. Peu à peu sont apparus tous les signes de la méningite tuberculeuse, à laquelle l'enfant a succombé le 12 mai.

OBSERVATION XIX

(Jules Renault) (1)

Une fillette de 12 ans entre à l'hôpital le 12 juillet parce que, depuis 15 jours, elle vomit fréquemment soit les aliments, soit de la bile verdâtre ; depuis quelques jours, l'intolérance gastrique est à peu près absolue. La langue est blanche, le creux épigastrique légèrement douloureux, la constipation habituelle.

Après 3 ou 4 jours de séjour à l'hôpital les symptômes sont à peu près les mêmes. On recherche l'acétone dans l'urine et on en trouve une quantité notable.

Temp. 37°·5 à 38°·4 — P. 124 — R. 28.

(1) Soc. med. des Hop. de Paris — 14 nov. 1902.

Le diagnostic " vomissements avec acétonémie " paraissait des plus vraisemblables. Cependant la persistance de la constipation, une céphalée constante, et aussi le récit d'une paralysie passagère du bras gauche survenue deux mois auparavant, me faisaient redouter l'existence d'une méningite qu'aucun signe ne me permettait d'affirmer.

Du 10 a 17, l'état resta le même ; la raideur légère de la nuque et le signe de Kernig peu marqué, plaidaient en faveur de la méningite, que confirmait la ponction lombaire (liquide louche contenant de nombreux lymphocytes).

Du 17 au 19, rémission.

Le 19, les symptômes reparaissent.

Mort le 28 dans le coma.

A l'autopsie, on trouve de la granulie généralisée aux poumons, au péritoine et aux méninges.

OBSERVATION XX

(Le Meignen et Miraillé) (1)

X... 9 ans, est un enfant nerveux, de parents arthritiques ; le père est alcoolique depuis de longues années. Plusieurs fois, l'enfant a eu des crises de vomissements durant plusieurs jours faisant diagnostiquer des débuts de fièvre typhoïde, puis les symptômes s'arrêtaient brusquement. Il est habituellement constipé et ses matières présentent des pseudo-membranes blanchâtres.

Le 8 novembre 1902, nous sommes appelés auprès de lui pour des vomissements durant depuis déjà 24 heures. Les vomissements sont purement alimentaires ; tout ce que prend l'enfant est rejeté. Le ventre est souple, non douloureux à la palpation. La rate est normale, la langue humide, à peine saburrale. La

(1) Gazette médicale de Nantes — 5 août 1903.

température est d'environ 37°,8. L'haleine a très nettement l'odeur acétonique. Nous prescrivons la diète lactée et une purgation saline.

11 nov. — L'état est resté le même. Les vomissements sont continus, à chaque fois que l'enfant absorbe un liquide quelconque, et toujours seulement alimentaires. L'odeur d'acétone est toujours très prononcée, remplissant la chambre. La diète hydrique rend les vomissements plus rare; on essaye après 24 heures d'alimenter par une cuill. de lait toutes les deux heures.

13-15 nov. — Même état. Nous prescrivons la magnésie à petites doses, potion de Rivière, alimentation par doses très petites. Les urines, à dépôt abondant, renferment une véritable quantité d'acétone. L'haleine conserve toujours le caractère acétonique. Aucun symptôme du côté du système nerveux.

17 nov. — Un peu d'amélioration dans la journée du 15. Mais les vomissements ont repris dans la nuit. L'enfant est très affaibli, très amaigri, les membres présentent même une atrophie musculaire notable. La température est toujours inférieure à 38°. Le pouls est aux environs de 95 avec quelques irrégularités. Il y a un peu d'inégalité pupillaire. Prescription : lait coupé d'eau de Vals comme alimentation, sérum artificiel en lavements. Acétone toujours en notable quantité dans l'urine.

20 nov. — L'enfant est très abattu, se plaint de la tête. Les symptômes persistent sans rien de nouveau. L'inégalité pupillaire que nous avons encore observé le 17 a disparu; il n'y a pas de douleurs du ventre à la pression, pas de taches rosées; la rate n'est pas grosse; rien à l'auscultation, pas de signe de Kernig. Nous prescrivons : diète absolue, lavements de sérum artificiel, lavements alimentaires; potion renfermant eau chloroformée et très petite quantité de cocaïne.

21 nov. — Les lavements alimentaires ont été conservés ; les vomissements ont cessé ; évacuation de quelques scybales très dures avec peaux blanches. Pas de signe de Kernig ; pas de symptômes oculaires. L'haleine semble perdre son odeur acétonique et avoir une tendance à la fétidité. La langue est humide, légèrement saburrale.

Le soir, il semble y avoir une légère amélioration : un seul vomissement alimentaire. L'urine renferme beaucoup moins d'acétone.

22 nov. — Nuit très mauvaise. Subdélire constant. Pas de vomissements. L'haleine a repris l'odeur d'acétone qui remplit la chambre.

Le soir le signe de Kernig est positif. Il y a hyperesthésie cutanée ; pas d'irrégularités du pouls, pas de signes oculaires.

23 nov. — Il n'y a plus de vomissements ; mais il y a incontinence de l'urine et des matières fécales ; le signe de Kernig est très net ; un peu de strabisme interne de l'œil droit. La bouche est légèrement grimaçante. Les jambes sont fléchies constamment. Le pouls est régulier aux environs de 80.

A partir de ce moment, le tableau de la méningite ne fait que s'accroître. L'enfant meurt le 25 nov. dans le coma.

Dans ces trois dernières observations, rien ne faisait prévoir au début une semblable évolution de la maladie ; dans le dernier cas, surtout, l'enfant ayant antérieurement présenté des crises de vomissements, le diagnostic de vomissements avec acétonémie s'était imposé pendant plusieurs jours.

Pathogénie

1. Influence des troubles digestifs sur l'apparition de la méningite tuberculeuse.

Dans la grande majorité des cas, la méningite tuberculeuse, chez l'enfant, est une localisation secondaire d'une bacillose à évolution torpide ; elle a le plus souvent comme point de départ une adénopathie trachéo-bronchique, qui parfois ne se révèle que par des signes cliniques insignifiants. Si ces foyers médiastinaux sont enkystés, l'enfant conserve une bonne santé habituelle.

Mais si un jour, chez ce sujet, surviennent des troubles gastro-intestinaux, aussitôt la nutrition est atteinte, le développement se fait mal, l'organisme est en état de moindre résistance ; le bacille de Koch, qui sommeillait trouve un terrain favorable pour se développer et acquérir une virulence nouvelle.

« Tout tubercule, ancien ou récent, peut, à un moment donné de son évolution, et si l'organisme s'y prête, devenir infectant et causer une méningite » (1)

Et, de plus, si dans cet intestin malade, il se fait une pullulation de microbes virulents, cette infection secondaire va détourner à son profit l'activité phagocytaire et le petit malade restera sans défense devant le bacille de Koch.

Le troubles digestifs, survenant chez un enfant bacillaire, le prédisposent donc à la généralisation de l'infection tuberculeuse, et en particulier à l'envahissement des membranes encéphaliques.

II. Le vomissement et la constipation

On s'est demandé depuis longtemps à quoi étaient dus le vomissement et la constipation qu'on observe communément au début de la méningite tuberculeuse chez l'enfant ; la plupart des auteurs admettaient après R. Whytt. qu'ils tenaient à la « sympathie » qui unit le cerveau au tube digestif.

Aujourd'hui on sait que le centre réflexe du vomissement est situé dans le bulbe, au voisinage des centres respiratoire et circulatoire, et les voies centrifuges, qui partent de ce centre, sont principalement constituées par le pneumo-gastrique. Il ne sera donc pas toujours nécessaire que le centre bulbaire soit touché pour avoir des vomissements. La simple irritation du

(1) V. Hutinel, in-traité Brouardel et Gilbert.

pneumo-gastrique, au niveau de la base du crâne par exemple, pourra donner le même phénomène.

C'est encore le pneumo-gastrique qui préside aux mouvements de l'intestin. Une légère excitation de ce nerf amène en effet une exagération des mouvements péristaltiques. Mais si l'excitation est plus forte, la réaction sera aussi plus forte et l'intestin se mettra en état de contracture.

Mais il est probable que dans la genèse de la constipation, au début de la méningite tuberculeuse, il faut faire entrer en ligne de compte non seulement le spasme de l'intestin, mais encore les troubles de sécrétion qu'on a depuis longtemps notés sur toute l'étendue de l'intestin, et qui seraient aussi produits par l'irritation du pneumo gastrique.

III. Troubles intestinaux anormaux

Nous avons vu d'abord que la méningite tuberculeuse pouvait évoluer sans aucun trouble du côté du tube digestif. C'est que vraisemblablement le processus bacillaire s'est localisé à l'étage antérieur de la base du crâne et à la convexité sans atteindre le pneumo-gastrique.

D'autres fois c'est par une crise de colite que débute la maladie. Si l'enfant a déjà eu des crises analogues, il faut tenir compte de l'état antérieur du tube digestif. Au cas contraire, la simple irritation de nerf vague pourrait peut-être expliquer ce phénomène, puisque MM.

le Prof. Roger et Trémolières ont récemment démontré qu'après excitation du pneumo-gastrique à la région cervicale, on voyait apparaître chez le lapin de l'entéro-colite muco-membraneuse, sans faire aucune autre intervention.

Quant au début par vomissements incoercibles, il faut faire intervenir ici pour l'expliquer un état général névropathique. « Chez beaucoup de sujets le nervosisme ne se manifeste guère en dehors des vomissements et il n'existe qu'une irritabilité spéciale » (Hutinel). M. le Prof. Hutinel dit que c'est là une manifestation analogue à l'asthme ou à la migraine, et de même qu'on a un asthme symptomatique à côté de l'asthme essentiel, de même on a des crises de vomissements sans cause appréciable, et d'autres nettement symptomatiques d'une colite, d'une méningite.

Diagnostic

Avant d'examiner les moyens qui nous permettent le plus souvent d'arriver au diagnostic de méningite tuberculeuse au début, dans ces cas où les symptômes gastro-intestinaux semblent en imposer pour une affection du tube digestif, nous pouvons nous demander, puisque la question a déjà été résolue de façons différentes, s'il est bien utile de faire un diagnostic précoce.

Cadet de Gassicourt écrit à ce sujet dans son *Traité clinique de Maladies de l'Enfance* : « • Nous devons presque nous féliciter que les symptômes du début soient souvent trompeurs, et que le diagnostic soit assez rarement assuré dès l'origine ; l'hésitation permet l'espérance au moins dans les premiers jours, et les difficultés connues autorisent des illusions qu'il faut prolonger le plus longtemps possible. On ne doit admettre, selon moi, la réalité de la méningite qu'en déses-

poir de cause, quand toute chance d'erreur a disparu. On pourrait presque dire, en forçant un peu l'expression de la vérité, qu'en présence de la méningite tuberculeuse le devoir du médecin n'est pas le même qu'en face des autres maladies : tandis que tous ses efforts tendent à reconnaître celles-ci le plus tôt possible, il doit se résigner le plus tard possible à affirmer celle-là, car le jour où le diagnostic est établi, il ne lui reste plus qu'à se croiser les bras dans une impuissance découragée et à assister en simple spectateur au drame qui se déroule sous ses yeux ».

Mais alors, si on ne fait pas de diagnostic, que répondra-t-on aux parents, quand ils demanderont, et pour eux c'est là le seul point important, ce que va devenir leur enfant ? Le médecin, dans le cas qui nous occupe, pensant à la bénignité habituelle des troubles digestifs, portera un pronostic favorable, et quelques jours plus tard le petit malade sera emporté par la méningite tuberculeuse. Et Cadet de Gassicourt, lui-même, après avoir dit que « l'hésitation permet l'espérance » ajoute : « s'il est une chose qui ne nous soit jamais pardonnée, c'est une erreur de pronostic ; les parents ne vous rendent pas toujours responsable de la mort de leur enfant, mais à la condition que vous les en ayez prévenus ».

Il est donc nécessaire de rechercher dès le début tous les signes de méningite tuberculeuse, soit pour l'éliminer, et alors on peut espérer par un traitement approprié une guérison quelquefois rapide, soit pour la

confirmer, et se mettre à couvert par un pronostic détestable, mais qui malheureusement ne tardera pas à se vérifier.

Comment arriverons-nous à ce diagnostic ? D'une façon générale, et comme chaque fois qu'on examine un enfant, il importe au plus haut point de connaître ses antécédents héréditaires et personnels. C'est ainsi qu'on apprendra que le petit malade a vécu dans la promiscuité d'un de ses ascendants atteint de tuberculose ouverte ; d'autres fois, on trouvera un ou plusieurs enfants de la même famille morts de méningite tuberculeuse.

Quant aux antécédents personnels, outre des signes de tuberculose (bronchites suspectes, adénites suppurées, etc.) on pourra noter des troubles digestifs. C'est peut-être là surtout qu'il ne faudra pas laisser surprendre son jugement et affirmer avant examen complet du malade, une nouvelle crise de colite ou de vomissements acétonémiques.

On devra aussi se renseigner sur l'état de la santé de l'enfant pendant les quelques semaines qui ont précédé. Les parents apprendront que depuis un mois ou deux, le petit malade n'a plus d'appétit, dépérit rapidement, ne cherche plus à jouer avec ses camarades ; le soir il a de temps en temps un léger accès de fièvre. Tous ces signes feront penser à une infection latente, probablement d'origine tuberculeuse

Connaissant ainsi l'histoire médicale de l'enfant, on passera à l'examen clinique. Et ce ne sont pas les trou-

bles digestifs, pour lesquels on a appelé le médecin qui pourront ici attirer son attention du côté des méninges, puisque, dans le cas présent, ils revêtent une forme anormale. Aussi, après avoir étudié cette affection gastro-intestinale, qui frappe au premier abord, on devra, comme toujours, faire un examen complet du malade, de façon à élucider si possible la cause de ces troubles. On recherchera surtout la tuberculose qui est si fréquente chez les enfants : micropolyadénite au cou, aux aisselles, aux aines, adénopathie trachéo-bronchique, etc.

Un symptôme que les parents ne manqueront pas de faire connaître au médecin et qui a une grande importance, c'est la céphalée. Sans doute elle se retrouve dans nombre d'affections du tube digestif et n'est pas absolument constante dans la méningite tuberculeuse ; cependant, surtout si elle s'accompagne de dilatation des veines frontales, elle dirigera l'attention du côté des méninges. La raideur de la nuque est parfois un signe d'apparition très précoce. En un mot, on recherchera tous les signes de la méningite ; ils sont bien décrits dans tous les auteurs classiques, et nous croyons inutile de les retracer ici.

Au début de la maladie, dans la majorité des cas, ces signes sont loin d'être au complet, et ceux qui existent ne sont pas toujours d'une grande netteté. Aussi, bien que parfois on pense à la possibilité d'une méningite tuberculeuse, on cherche s'il n'y a pas, pour expliquer ces symptômes autre chose que le mal qui ne

pardonne pas. Au cours des affections gastro-intestinales, il n'est pas rare, en effet, d'observer des réactions méningées qui peuvent présenter le même tableau clinique que la méningite tuberculeuse. (Méningisme : Dupré — Méningites séreuses : Hutinel). Chez un enfant atteint de fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth peut arriver jusqu'aux membranes encéphaliques, et les difficultés seront encore plus grandes si l'on a constaté, chez ces sujets des signes de tuberculose torpide, le plus souvent ganglionnaire.

Autrefois il était presque impossible de poser un diagnostic précis, mais Quincke, en créant la ponction lombaire (1891) nous a doté d'un moyen de diagnostic nouveau et précieux. Aussi, en face d'un enfant qui présente des troubles digestifs, quand à l'examen on a constaté quelques signes, même peu nets, montrant qu'il se fait une réaction du côté des méninges, ne faut-il pas attendre plus longtemps : la ponction lombaire immédiate s'impose; elle seule nous renseignera sur la nature de la maladie, et on devra insister auprès de la famille quand elle ne l'acceptera pas volontiers.

Le liquide céphalo-rachidien, le plus ordinairement limpide, s'écoule avec force ; c'est déjà une indication qui a une certaine valeur. Par le repos, il se forme un léger coagulum fibrineux, et si l'on dose l'albumine, on s'aperçoit qu'il y en a trois ou quatre fois plus qu'à l'état normal. L'examen cytologique du culot de centrifugation montre généralement une formule lymphocytaire prédominante. Mais il faudra surtout s'astreindre à recher-

cher directement le bacille de Koch ; on ne le trouvera pas toujours, mais assez souvent et dans ce dernier cas, il n'y a malheureusement plus de doute possible,

En général, dès que par l'examen clinique, on a constaté quelques symptômes qui attirent l'attention du côté des méninges, l'étude du liquide céphalo-rachidien donne des résultats précis. Cependant, il est des cas où, malgré des signes très nets de méningite tuberculeuse, on trouve un liquide céphalo-rachidien à peu près normal. Nous avons observé un petit malade de ce genre dans le service de M. le Prof. Hutinel en juillet dernier, et chez lui ce n'est que deux jours avant la mort que la ponction lombaire a donné un liquide riche en albumine et en lymphocytes.

M. H. Vincent a encore trouvé dans le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de méningite tuberculeuse, une précipitine capable de d'agir sur la tuberculine (1), et il a proposé avec M. Combe un précipito-diagnostic basé sur cette découverte. « Sans avoir une valeur absolue, cette réaction précipitante pourra cependant apporter en clinique un appoint très utile à un diagnostic hésitant » (2). Enfin la culture sur sang gélosé (Bezançon et Griffon) et l'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien sont toujours positives dans la méningite tuberculeuse, mais elles ne permettent qu'un diagnostic tardif.

Tels sont, rapidement retracés, les renseignements

(1) Société de Biologie, 5 juin 1909.

(2) Idem., 18 décembre 1909.

que l'on pourra retirer de la ponction lombaire ; leur fréquence et leur valeur diagnostique ont été discutées dans un grand nombre de thèses. En pratique les deux plus importants sont l'existence d'une lymphocytose abondante et la présence du bacille de Koch.

Le diagnostic ainsi solidement établi sur des constatations quasi anatomiques, que reste-t-il à faire ? Comme traitement scientifique et ayant quelques chances de succès, à l'heure actuelle, nous sommes hélas ! complètement désarmés.

Le rôle du médecin se bornera donc, après avoir ordonné les médications habituelles contre les troubles digestifs du petit malade, à communiquer son pronostic à la famille. Et là il faut bien se garder de prononcer aussitôt le nom de cette redoutable maladie « dont le nom seul épouvante et serre les cœurs maternels », car les parents savent trop que, quand on parle de méningite tuberculeuse, c'est un arrêt de mort qu'on prononce. Il vaut mieux, selon les conseils de M. le Prof. Hutinel, commencer par faire part de ses craintes. Les jours suivants, l'état du petit malade empire ; on insiste sur certains symptômes, la céphalée par exemple, et petit à petit, pour peu que les parents aient vu quelques enfants de leur entourage succomber à la méningite tuberculeuse, ils ne tarderont pas à faire le diagnostic d'eux-même. Et plus tard, loin de rendre le médecin responsable de la mort de leur enfant, il lui sauront gré de ne pas leur avoir dit trop tôt la dure vérité.

Conclusions

I. — Au début de la méningite tuberculeuse, on observe d'une façon presque constante, des symptômes gastro-intestinaux; les plus habituels sont le vomissement et la constipation.

II. — Il est quelques cas rares où la maladie évolue sans aucun trouble du côté du tube digestif.

III. D'autres fois ces symptômes prennent une allure particulière et simulent un embarras gastrique, une fièvre typhoïde au début, une colite ou une crise de vomissements avec acétonémie.

L'erreur sera d'autant plus difficile à éviter que les enfants auront antérieurement présenté des troubles analogues.

IV. Le vomissement et la constipation au début de la méningite sont vraisemblablement dus à l'irritation du pneumo-gastrique au niveau de la base du crâne.

Quant aux troubles gastro-intestinaux anormaux, il faut pour les expliquer faire intervenir soit l'état néoropathique du sujet, soit l'état antérieur du tube digestif.

V. — On pourra le plus souvent arriver au diagnostic, dans ces cas à début anormal, par l'examen complet du malade, et surtout par l'examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien.

Vu : Le Président de Thèse,
HUTINEL.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

Pour le Vice-Recteur ;
L'inspecteur d'Académie,
GALLOUÉDEC.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARCHAMBAULT. Art. Méningitique tuberculeuse, in Dictionnaire encyclopédique de Dechambre.

BABONNEIX et PAISSEAU. Méningite tuberculeuse et mouvements choréiformes. In Gazette des Hôpitaux. 27-29 Déc. 1910.

FR. BOISSIER DE SAUVAGES. Nosologica methodica, 1763. Eclampsia ab hydrocephalo, tome II, 2^e partie.

BRACHET. Essai sur l'hydrocéphalite, 1818.

BRICHETEAU. Traité de l'hydrocéphale, 1829.

CADET DE GASSICOURT. Traité clinique des maladies de l'enfance. Tome III. 1884. Leçons sur la Méningite tuberculeuse.

CLAUS. Essai sur la tuberculose infantile. Th. Naucy, 1901.

COINET, Mémoire sur l'hydrocéphale ou céphalite interne hydrocéphalique. 1817.

CRUCHET. Gazette des Hôpitaux, 20 Déc. 1904.

DEMONTEGEOT DE CONFREVON. De la méningo-encéphalite. Th. Paris, 1827. N^o 276.

GUERSANT. Art. Hydrocéphalie aiguë. Dictionnaire de Médecine, tome XIX. 1824.

G. GUINON. Art. Maladies des Méninges, in traité Charcot, Bouchard, Brissaud, 2^e édition.

F. HERPIN. Méningitis ou inflammation des membranes de l'encéphale. Th. Paris, an XII, n^o 391.

V. HUTINEL. Débuts de la méningite tuberculeuse. La clinique
21 avril 1911.

V. HUTINEL. Art. méningite tuberculeuse, in traité Brouardel et
Gilbert.

V. HUTINEL et P. NOBÉCOURT. Maladies de l'appareil digestif, in
Traité des maladies des Enfants de V. Hutinel. 1909.

V. HUTINEL et R. VOISIN. Maladies des méninges, in Traité Hu-
tinél.

LAFARCINADE. Etude sur la méningite tuberculeuse du nourrisson.
Th. Paris, 1906.

LE MEIGNEN et MIRAILLÉ. Vomissements acétonémiques. Termi-
naison par méningite tuberculeuse. Mort, in Gazette des Hôpitaux
de Nantes, 15 août 1903.

LUTHIER. Les nouveaux procédés d'investigation dans le diagnos-
tic des méningites tuberculeuses. Th. Paris, 1903.

MARFAN. Art. méningitique tuberculeuse, in traité Grancher. Com-
by.-Marfan, 1^{re} édition.

MÉRY et ARMAND DELILLE. Art. méningite tuberculeuse in traité
Grancher, Comby, 2^e édition.

ODIER. Mémoire sur l'hydrocéphale. Société royale de Médecine,
1779.

P. NOBECOURT. Précis de Médecine Infantile. 1907.

PERCHERON. Th. Paris. 1903.

J. RENAULT. Méningite tuberculeuse chez une fillette de 12 ans.
Début par le syndrome « vomissements avec acétonémie ». Société
médicale des Hôpitaux de Paris, 14 Nov. 1902.

RILLIET et BARTHEZ. Traité clinique et pratique des maladies des
Enfants.

H. ROGER. Alimentation et digestion.

SENN. Recherches anatomico-pathologiques sur la méningite ai-
guë des enfants, 1825.

TROUSSEAU. Clinique médicale.

H. VINCENT et COMBE. Société de Biologie, 18 déc. 1909.

R. WYTT. Observations on the Dropsy of the Brain, 1768.



